



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

**Einrichtung:** Wertachkliniken Bobingen und Schwabmünchen  
**Institutionskennzeichen:** 260 970 275 und 260 970 297  
**Anschrift:** Bobingen Schwabmünchen  
Wertachstrasse 55, Weidenhartstrasse 35  
86399 Bobingen 86830 Schwabmünchen

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup>** 2014-0087 KHVB 2014-0088 KHVB  
**mit der Zertifikatnummer:**  
**durch die von der KTQ-GmbH**  
**zugelassene Zertifizierungsstelle:** SAMA Cert GmbH, Stuttgart

**Gültig vom:** 21.11.2014  
**bis:** 20.11.2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die Kategorien</b>	<b>7</b>
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Führung	19
6 Qualitätsmanagement	21

## Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **Wertachkliniken Bobingen und Schwabmünchen** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

**Dr. med. M. Vogt**

Für den Hartmannbund

## Vorwort der Einrichtung



Wertachklinik Bobingen



Wertachklinik Schwabmünchen

Liebe Leserinnen und Leser,

die Wertachkliniken sind ein kommunal geführtes Krankenhausunternehmen, in dem jährlich mehr als 12400 Patienten vollstationär und ca. 20700 Patienten ambulant versorgt werden. Mit über 500 Mitarbeitern zählen die Wertachkliniken in Bobingen und Schwabmünchen zu einem der größeren Arbeitgeber der Region.

Ein Krankenhaus als Service-Unternehmen ist fortwährend neuem Wettbewerbsdruck ausgesetzt. Um erfolgreich zu bleiben, müssen sich auch die Wertachkliniken diesem stellen und einmal mehr beweisen, unter den aktuellen Herausforderungen unserer Gesellschaft und steigenden Anforderungen der Gesundheitsversorgung bestehen zu können. Unser Anspruch ist es, die medizinische Qualität und das Leistungsangebot der Wertachkliniken Bobingen und Schwabmünchen permanent zu verbessern und fortzuentwickeln. So geben wir die Sicherstellung einer wohnortnahen, hochqualitativen Versorgung der Bevölkerung als Hauptziel vor. Dazu werden unsere Strukturen und innerbetrieblichen Prozesse ausgebaut und schrittweise optimiert. Beispielsweise haben wir im Jahr 2013 zur Verbesserung der Patientensicherheit ein Meldesystem für Beinahefehler (Critical Incident Reporting System, kurz CIRS) etabliert. Dieses Informationssystem trägt zur Fehlerminimierung bei und stärkt das Vertrauen in unsere Mitarbeiter.

Ebenso wichtig ist die Zertifizierung der Wertachkliniken im Traumanetzwerk Schwaben unter der Leitung des Klinikums Augsburg als Maximalversorger. Aus unserer Sicht ist die Teilnahme an diesem Traumanetzwerk unbedingt erforderlich, da vorgesehen ist, dass die Verteilung verunglückter Patienten über die entsprechenden Netzwerke in Deutschland in die einzelnen Kliniken erfolgt.

Auch die Zertifizierungen der chirurgischen Abteilung von Chefärztin Frau Dr. Manger zum Kompetenzzentrum für Chirurgische Koloproktologie sowie für Minimal Invasive Chirurgie belegen, dass in den Wertachkliniken modernste medizinische Technologien in Verbindung mit spezialisiertem Fachwissen eine Grundversorgung auf Spezialistenniveau garantieren.

Wir messen unsere Behandlungs- und Ergebnisqualität an international geltenden medizinischen Leitlinien und externen Standards. Unser jüngster Erfolg ist nun die Erlangung des KTQ-Zertifizierungsgrades. Wir freuen uns sehr, dass unsere beiden Standorte sowie unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die KTQ-Visitoren überzeugen konnten. Das erworbene Zertifikat weist den Wertachkliniken qualitativ hochwertige Leistungen und Prozesse nach – die oben erwähnte wünschenswerte Grundversorgung auf Expertenniveau. Trotz dieses positiven Ergebnisses dürfen wir nicht stehen bleiben und uns am Ziel wähen. Wir sehen uns jedoch auf unserem Weg der Entwicklung bestätigt und werden diesen konsequent weitergehen. Das Streben nach der bestmöglichen Behandlungsqualität ist ein ständiger Prozess, der nie endet. So warten auch schon neue Projekte, die wir ebenso entschlossen in Angriff nehmen werden. Seien Sie versichert, dass wir aus der KTQ-Zertifizierung viele Erkenntnisse gewonnen haben und wertvolle Hinweise in Ihrem Sinne umsetzen werden.

Herzlichst,

Ihr

M. Gösele  
*Vorstand*

# Die KTQ-Kategorien

## 1 Patientenorientierung

### Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Wertachkliniken sind mit dem PKW gut erreichbar, öffentliche Verkehrsmittel fahren sie fahrplanmäßig an. An beiden Standorten leiten Hinweisschilder an den Kreuzungen und Kreisverkehren zu den Kliniken. Parkplätze stehen in ausreichender Zahl zur Verfügung. Informationen zum Leistungsspektrum sind auf der Homepage abzurufen. Patientenbroschüre und Flyer geben ebenfalls Auskunft über das Angebot an Therapien und Operationen an beiden Standorten mit ihren jeweiligen Schwerpunkten.

Die Orientierungsmöglichkeit in den Kliniken folgt den Bedürfnissen der Patienten und Besucher, die Hinweisschilder sind auf Eindeutigkeit hin überprüft. Ohnehin passieren gehfähige Patienten und Besucher den Informationsstützpunkt als erste Anlaufstelle und auch alle anderen Mitarbeiter geben gerne Orientierungshilfe.

Wird die Aufnahme eines Patienten geplant, so fällt die Entscheidung in der ambulanten/vorstationären Sprechstunde, Voruntersuchungen und Aufklärungen werden eine Woche vor Aufnahme terminiert. Notfallpatienten werden sofort aufgenommen, die Entscheidung über die weitere Behandlung fällt in der Zentralen Aufnahme/Notaufnahme.

### Leitlinien

Unsere Klinikärzte behandeln ihre Patienten nach den evidenzbasierten Leitlinien der Fachgesellschaften. Sie bilden sich weiter und übersetzen die neuen Erkenntnisse in hausinterne Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Gleiches gilt für die Pflegekräfte. Für sie gelten nationale Expertenstandards, die sich an den Erkenntnissen der Pflegeforschung orientieren. Eine gute Versorgung unserer Patienten ist damit gewährleistet.

### Information und Beteiligung des Patienten

In unseren Kliniken wird das Recht der Patienten auf Information und Selbstbestimmung ernst genommen. Die Aufklärung erfolgt in einem persönlichen Gespräch zwischen Arzt und Patient, dokumentiert wird sie in einem (ggf. auch fremdsprachigen) Aufklärungsbogen. Wo nötig werden auch Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen unterstützend hinzugezogen. Eine Selbstverständlichkeit ist inzwischen auch die Berücksichtigung von Patientenverfügungen und die Einbeziehung von Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern in die individuelle Behandlungsplanung. Die Besuchszeiten nehmen auf Behandlungszeiten und das Ruhebedürfnis der Patienten Rücksicht. Das Angebot an Beratung (auch was Selbsthilfegruppen betrifft) und Info-Veranstaltungen orientiert sich an beiden Kliniken an den angebotenen Behandlungen und Therapien.

### Service, Essen und Trinken

Die Ausstattung der Patientenzimmer entspricht modernen Standards, Nasszelle, Esstisch, Patientenrufanlage, Fernseher, Radio, Telefon und Internetzugang sind selbstverständlich. Räume für Gespräche finden sich in jeder Etage, eine Kapelle, der Garten und die Cafeteria bieten weitere Rückzugsmöglichkeiten.

Der Speiseplan richtet sich nach den speziellen, der Diagnose angepassten Kostformen. Die einzelnen Komponenten der drei angebotenen Menüs können individuell zusammengestellt werden. Beraten werden die Patienten von ausgebildeten Diätassistentinnen. Die Auswahlmöglichkeiten erlauben es auch, auf kulturelle Aspekte und besondere Bedürfnisse, z. B. bei Mangelernährung einzugehen.



## **Kooperationen**

Den Erwartungen der Patienten, dass sie über die Fächergrenzen hinweg behandelt werden wird dadurch Rechnung getragen, dass interdisziplinäre Fallbesprechungen, Tumorkonferenzen, Konsile (Beratung durch hinzugezogene Kollegen) etc. zum täglichen Ablauf gehören. Auch andere externe Partner sind in die internen Prozesse einbezogen (z. B. "Hand in Hand", Pflegedienste, Sozialdienste, Selbsthilfegruppen, Ergotherapie usw.).

## **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Sowohl Notfälle als auch einbestellte Patienten werden über die Zentrale Aufnahme/Notaufnahme gesteuert. Die Rettungsleitstelle verfügt über Informationen, welche Krankheitsbilder in welche Klinik gebracht werden können, die Patienten werden bereits aus dem Rettungswagen angekündigt.. Die 24-stündige Aufnahmebereitschaft ist gewährleistet, diensthabende Ärzte entscheiden nach der Untersuchung über die Notwendigkeit diagnostischer Maßnahmen, einer stationären Aufnahme oder einer ambulanten Behandlung. Wenn nötig, werden Angehörige oder gesetzliche Vertreter, unter Beachtung des Datenschutzes hinzugezogen. Daten, Anordnungen und Maßnahmen werden dokumentiert und dienen den an der weiteren Behandlung und Versorgung beteiligten Ärzten und Pflegekräften als Information.

## **Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Die Steuerung über die Zentrale Aufnahme schließt die ambulante Diagnostik und Behandlung ein. Die Terminierung erfolgt in den Sekretariaten der Ambulanzen, in der Regel im Rahmen der (Spezial) Sprechstunden der Hauptabteilungen Allgemeinchirurgie, Innere Medizin, Schmerzambulanz, oder in der Sprechstunde der Praxis für Unfallchirurgie.

## **Ambulante Operationen**

In den Sprechstunden der Operateure werden die Termine vereinbart. Dort wird den Patienten Informationsmaterial zur Vorbereitung der OP ausgehändigt, die Termine zur Aufklärung und Voruntersuchung abgesprochen. In der Regel findet eine Woche vor dem Eingriff die Aufklärung über Risiken und Alternativen durch den Facharzt und den Anästhesisten statt. In Verfahrensanweisungen und Standards wird der reibungslose Ablauf der Vorbereitungsphase, der Operation, der Überwachung, sowie Nachsorge und Schmerztherapie beschrieben und so die Sicherheit der Patienten gewährleistet.

## **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Die Planung der Behandlung beginnt bereits in der Aufnahme mit der Erhebung des körperlichen, psychischen und sozialen Status des Patienten und wird auf der Station fortgeführt. Anhand ärztlicher Leitlinien und Pflegestandards wird der Behandlungsprozess berufsgruppenübergreifend gestaltet. Die Planung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wird unter Einbeziehung des Patienten stets mit den Ober- und Chefärzten abgestimmt, überprüft und angepasst.

## **Therapeutische Prozesse**

Der Vorschlag der Stationsärzte für die nächsten Therapieschritte wird täglich durch den Facharzt bestätigt oder korrigiert. Die Planung der Untersuchungstermine erfolgt EDV-gestützt, Wartezeiten in den Funktionsabteilungen werden dadurch minimiert. Den Maßnahmen zur Therapie und zur Vorbeugung von Komplikationen liegen Standards zugrunde. Die Dokumentation in der Patientenakte macht die Entscheidungen und Ergebnisse für alle Beteiligten transparent.

## **Operative Verfahren**

Nach der Indikationsstellung, der OP-Vorbereitung und Aufklärung erfolgt die geplante Operation nach Maßgabe des OP-Plans. Die Belegung der Operationssäle durch die einzelnen Disziplinen ist in einem OP-Statut niedergelegt, der OP-Manager steuert die Einhaltung der Zeiten nach Dringlichkeit und Tagesplanung. Im Notfall ist die OP-Bereitschaft rund um die Uhr gesichert.

Für alle Operationen sind Standards erarbeitet, die sowohl die Vorbereitung, die Übergaben, die Lagerung und die Sicherheitschecks beschreiben. Vor allem das Thema Patientensicherheit hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen, es wird mehrfach überprüft ob es der richtige Patient und die richtige OP-Seite ist und ob alle Vorgaben zur Vermeidung von Komplikationen eingehalten wurden. Nach der OP erfolgt die protokollierte Übergabe über den Aufwachraum an die Station zur post-OP-Versorgung und Schmerztherapie.

## **Visite**

Die tägliche Visite ist eine wichtige Drehscheibe für die Analyse von Ergebnissen und die weitere Planung der Diagnostik, Therapie und Entlassung. Die Visite ist auch der, für den Patienten planbare Zeitpunkt, an dem er nachfragen und mitentscheiden kann. Bei fremdsprachigen Patienten wird nach Möglichkeit übersetzt. In der Regel visitieren die Stationsärzte mit der Bereichspflegekraft, nach Bedarf auch mit der Überleitungsfachkraft, so dass die Maßnahmen und Entscheidungen sofort umgesetzt werden können. Die Chef- und Oberarztvisiten erfolgen an festgelegten Tagen und zu definierten Zeiten, die allen Beteiligten bekannt sind.

## **Prästationär, Poststationär**

Die in der Regel prästationäre Vorbereitung auf eine Operation wird in den Ambulanzen terminiert, der Patient via Informationsblätter geleitet. Auch evtl. Nachsorgetermine werden in den Ambulanzen oder Praxen abgestimmt. Die Behandlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zur Trennung von ambulantem und stationärem Sektor.

## **Entlassung**

Der nahtlose Übergang vom stationären Aufenthalt in andere Bereiche wird bereits bei der Aufnahme geplant und im Rahmen der Visite sukzessive fortgeschrieben. So dient die letzte Visite in der Regel auch dem Entlassgespräch zwischen Arzt und Patient. Durch eine strukturierte Entlassungsplanung sind die Angehörigen oder Nachsorgeeinrichtungen rechtzeitig informiert, der Bedarf an Hilfsmitteln etc. erhoben und umgesetzt. Der Patient und/oder der Hausarzt verfügen durch den zeitnah verfassten Arztbrief über alle wichtigen Informationen zum Verlauf der stationären Behandlung.

## **Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Patienten mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme werden kompetent beraten. Die Überleitungsfachkraft organisiert schon während des Aufenthaltes alle notwendigen Anschlussheilbehandlungen, Pflegeeinrichtungen, Hilfsmittel etc. und dokumentiert in Vorinformationsbögen die Besonderheiten und medikamentösen Therapien. Die Übergänge in andere Bereiche sind durch Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen gut organisiert, eine Checkliste zur Entlassung gibt Sicherheit, dass alle wichtigen Informationen gegeben wurden.

### **Umgang mit sterbenden Patienten**

Im Sterbeprozess werden die Werte der Selbstbestimmung und die Respektierung der religiösen Grundhaltungen und ihrer Rituale zu einer besonders wichtigen Richtschnur. So wird die Entscheidung über weitere therapeutische Maßnahmen am Willen des Patienten ausgerichtet, eine Patientenverfügung ist dabei hilfreich. Das Ethikforum stellt den Pflegekräften Leitlinien zur Verfügung, die Klinikseelsorger und die Hospizbegleiter bieten ihre Unterstützung an. In einem "Raum der Stille" können die Angehörigen Abschied nehmen.

### **Umgang mit Verstorbenen**

Der respektvolle Umgang gilt auch für die verstorbenen Patienten. Ein Standard regelt die Vorgehensweise im "Raum der Stille" und beschreibt die Rituale der verschiedenen Religionen. Der Beistand des Seelsorgers ist jederzeit möglich. Flyer geben den Angehörigen Hinweise über die weiteren Schritte und im Falle von Totgeburten werden die Eltern umfassend unterstützt und informiert (z. B. Selbsthilfegruppen, Schmetterlingsgrab).

## 2 Mitarbeiterorientierung

### Planung des Personalbedarfs

Die Planung des Personalbedarfs richtet sich sowohl nach den Leistungskennzahlen als auch nach den arbeitsrechtlichen Vorgaben der Fachbereiche. Eine Kombination aus Pflege-Personal-Regelung, "Arbeitsplatzmethode" und den Empfehlungen der Berufsverbände fließt in die Berechnung des Personalbudgets ein. Der Ärztliche Dienst wird nach einem Leistungsschlüssel besetzt.

Als Steuerungsinstrument dienen die jährlichen Hochrechnungen und monatlichen Statistiken der Personalabteilung. Die Verteilung des Budgets wird auf Leitungsebene beschlossen, Pflegekräfte erweitern ihre Fachkompetenzen durch Zusatzqualifikationen.

### Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Qualifizierung des Personals richtet sich nach den Erfordernissen der angebotenen Behandlungen und Therapien. Das Entwicklungskonzept beinhaltet die Aspekte der Gewinnung von qualifiziertem Personal ebenso, wie die systematische Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter entsprechend ihrer Wünsche und Potenziale. Für die Abstimmung der gegenseitigen Erwartungen wird das Instrument der Mitarbeitergespräche genutzt. Die Qualifikationswege der Ärzte sind in einem Ausbildungskatalog der Fachgesellschaften vorgezeichnet.

### Einarbeitung von Mitarbeitern

Die überwiegende Anzahl der Mitarbeiter wird anhand von Einarbeitungskonzepten durch die ersten Wochen geführt. Im Pflegebereich helfen Praxisanleiter, die Ärzte stellen eine Bezugsperson zur Seite. Die umfassenden Checklisten zur Einarbeitung beinhalten auch den Hinweis auf die im Intranet hinterlegten Anweisungen, Leitlinien und Standards. Ein zeitnahes Feedback zeigt dem direkten Vorgesetzten weiteren Informationsbedarf an und weist gleichzeitig, durch den "fremden Blick" auf Verbesserungspotenzial hin.

### Ausbildung

Am Standort Bobingen werden in der Berufsfachschule jährlich 20 - 25 Pflegekräfte ausgebildet, die Praxisblöcke absolvieren die Schüler an beiden Standorten. Auf jeder Station sorgen Praxisanleiter zusätzlich zum Lehrpersonal für eine Verknüpfung von Theorie und Praxis. In monatlichen Teambesprechungen sowie schriftlichen und mündlichen Prüfungen wird der Lernerfolg überwacht und begleitet.

Durch Kooperationen mit anderen Kliniken können Ausbildungen für operationstechnische Assistenten und zur Fachweiterbildung Intensiv angeboten werden. Eingebunden in die Verbund-Weiterbildung zum Allgemeinmediziner, können die Wertachkliniken auch Medizinern attraktive Angebote machen.

### Fort- und Weiterbildung

Für die innerbetriebliche Fortbildung wird ein Jahresplan erstellt und ins Intranet eingepflegt. Er beinhaltet Pflicht- und Allgemeine Fortbildungen, welche sich auf der Grundlage der Vorschläge des Fortbildungsgremiums herausbilden. Das Budget orientiert sich an den Aufgaben der Mitarbeiter in den Kliniken. Neben der Fachliteratur aller Disziplinen stehen den Mitarbeitern auch freigegebene Zugänge zu Internetportalen und online-Bibliotheken zur Verfügung. Die Weiterbildung der Ärzte folgt einem Curriculum der jeweiligen Fachgesellschaft, es wird flankiert durch wöchentliche Ärztefortbildungen an beiden Standorten.

### **Mitarbeiterorientierte Führungsstil**

Aus dem allgemeinen Wertedach des Leitbildes leiten sich die gemeinsamen Führungsgrundsätze ab. Sie gelten für alle Leitungsebenen und stellen die Bedeutung der Kommunikation in den Mittelpunkt. Durch dokumentierte Mitarbeitergespräche werden die Erwartungen abgeglichen, Vorschläge qualifizierter Mitarbeiter fließen in die strategischen Planungen ein. Sie können aber auch im Rahmen von Teambesprechungen oder Arbeitsgruppen eingebracht werden.

### **Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Die Arbeitszeiten richten sich nach den Vorgaben der Tarifpartner und nach einem Schichtarbeitszeitmodell für Ärzte. Die Erfordernisse einer sicheren Behandlung und Betreuung der Patienten wird mit den Wünschen der Mitarbeiter abgestimmt und im Dienstplanprogramm hinterlegt. Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben existiert eine Vielzahl von Arbeitszeitmodellen mit flexiblen Teilzeitmöglichkeiten.

### **Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Ein innerbetriebliches Vorschlagswesen ermöglicht das Einbringen von Ideen. Ein Gremium entscheidet nach transparenten Regeln über Zu- oder Ablehnung des Vorschlags und ggf. über eine entsprechende Prämie. Der Adressat für Beschwerden von Mitarbeitern ist der Personalrat, der Vorstand bietet eine Sprechstunde an.

## 3 Sicherheit

### Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz wird in den Kliniken gemäß den gesetzlichen Vorgaben umgesetzt. Unterstützt von einer externen Firma werden Handbuch, Betriebs- und Verfahrensanweisungen erstellt und deren Umsetzung im regelmäßig tagenden Arbeitssicherheitsausschuss koordiniert und überwacht. Sicherheitsfachkräfte, der Betriebsarzt sowie Strahlenschutzbeauftragte und Hygienefachkräfte nehmen an den Sitzungen teil, unterstützen und beraten die Leitungen bei Entscheidungen und bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben. Die Begehungen der Arbeitsplätze sind dokumentiert, die Ergebnisse fließen in die regelmäßigen Schulungen der Mitarbeiter ein.

### Brandschutz

Die Technischen Leiter beider Kliniken haben die Beauftragung zum Brandschutz und unterweisen gemeinsam mit einem Brandschutzmeister der Feuerwehr in regelmäßigen Pflichtfortbildungen die Mitarbeiter. Dort werden die Alarmierungswege, die Flucht- und Rettungswege sowie die Sammelstellen und die Vorgehensweise bis zum Eintreffen der Feuerwehr geschult. Praktische Übungen sind Bestandteil der Schulungen. Durch automatische Brandmeldeanlagen, Brandschutztüren, Rauch- und Feuermelder sind alle Vorkehrungen getroffen, schnell und sicher agieren zu können.

### Umweltschutz

Die Kliniken sind Teil des Klimakonzeptes der Städte Bobingen und Schwabmünchen. Erreicht werden damit die Vermeidung von klimaschädigenden Emissionen, die Reduzierung des Energie- und Wasserverbrauches, die Sensibilisierung für Müllvermeidung bereits beim Einkauf und Ähnliches. Dafür wurden Verfahrensanweisungen zur Beschaffung und zur Abfalltrennung erarbeitet, ein Mitarbeiter der Haustechnik zum Abfallbeauftragten ausgebildet. Besonders im Bereich des Energieverbrauchs konnten durch Kälte- und Kraft-Wärme-Kopplungsanlagen sowie einem Wärmeverbundsystem positive Ergebnisse erzielt werden.

### Katastrophenschutz

Die Wertachkliniken sind im Katastrophenfall über das Landratsamt Augsburg nach Landesrecht eingebunden. Die Aufgabenverteilung durch die Krankenhauseinsatzleitung ist in den Plänen für interne und externe Katastrophen beschrieben. Die regelmäßige Aktualisierung der Pläne und die Schulung der Mitarbeiter übernehmen die Technischen Leiter.

### Nichtmedizinische Notfallsituationen

Notfallsituationen wie Drohanrufe und Amokläufe sind Bestandteil des Katastrophenschutzplanes. Für andere Notfallsituationen, bei welchen es sich in der Regel um Ausfälle von Strom, Gas oder Wasser handelt, sind Ausfallkonzepte erarbeitet. Die Technischen Anlagen verfügen über integrierte Meldeanlagen. Alle relevanten Systeme werden durch Probeläufe getestet. Die EDV-Abteilung verfügt über eigene Ausfallkonzepte.

### **Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

Die Abwägung zwischen der Notwendigkeit sichernder Maßnahmen und dem Recht auf Selbstbestimmung findet stets im Rahmen der gesetzlichen Regelungen statt. Bereits bei der Aufnahme des Patienten werden die Gefährdungssituation eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen ergriffen. Für die Mitarbeiter sind Verfahrensanweisungen und Ethikleitlinien erarbeitet, welche sich an den Empfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit orientieren. Besonders für die größer werdende Gruppe hochbetagter und desorientierter Patienten sind Standards hinterlegt und Fortbildungen im Angebot.

### **Medizinisches Notfallmanagement**

Die verbindlichen Regelungen zum medizinischen Notfallmanagement werden kontinuierlich angepasst und in Pflichtfortbildungen eingeübt. Alle Mitarbeiter aus Ärzteschaft und Pflegedienst üben so regelmäßig unter Anleitung eines Trainers des Roten Kreuzes was vom Auffinden des Patienten, über den Rea-Ruf und den Basismaßnahmen zu tun ist, um bis zum Eintreffen des geschulten Notfallteams die notwendigen Maßnahmen zu treffen. In jeder Abteilung befinden sich regelmäßig überprüfte und verplombte Notfallkoffer in gut zugänglichen Räumen. Zum Notfallteam gehören besonders ausgebildete Ärzte und Pflegekräfte.

### **Hygienemanagement**

Zur Umsetzung der Hygienevorschriften sind die Verantwortlichkeiten festgelegt. Beauftragte Ärzte, beauftragte Fachkräfte aus der Pflege und ein externer Hygieniker legen in der halbjährlichen Hygienekommission die Strategie fest, sie überprüfen durch protokollierte Begehungen aller Abteilungen und durch statistisch aufbereitete Untersuchungen die Umsetzung der Hygienepläne und schulen die Mitarbeiter regelmäßig. Alle Pläne und Anweisungen basieren auf den Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes, sie sind im Intranet und in Stationsordnern hinterlegt. Auch die Zubereitung und Verteilung der Speisen unterliegt den Kontrollen der Hygienefachkräfte.

### **Hygienerelevante Daten**

Für die nach dem Infektionsschutzgesetz zu meldenden Erkrankungen sind die Meldewege an das Gesundheitsamt eindeutig geregelt. Im Bereich der hygienerelevanten Keime werden Daten erhoben und von einem externen Labor statistisch ausgewertet. In der halbjährlichen Hygienekommission, dessen Mitglied auch ein externer Apotheker ist, werden Verbrauch und Umgang mit Antibiotika sowie die Statistiken der Infektionen und resistenten Keime besprochen und entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

### **Infektionsmanagement**

Basierend auf den Richtlinien des Robert-Koch-Institutes sind in den Kliniken Hygienepläne hinterlegt, die den Umgang mit möglichen Infektionen festlegen. Das Management von Pandemien und ähnlichen Ausbrüchen ist in spezifischen Anweisungen verschriftet, sie sind Teil der Schulungen durch die Hygienefachkräfte. Informationsblätter und Informationsveranstaltungen mit Demonstrationen für Patienten und Angehörige unterstützen die Einhaltung der hygienischen Vorgaben.

### **Arzneimittel**

Die Kliniken sind über einen Kooperationsvertrag in das Arzneimittelmanagement des Zentralklinikums eingebunden und auf diese Weise über die aktuellen Therapieempfehlungen informiert. In einer Verfahrensweisung sind von der Bestellung der Medikamente über die Lagerung, Verordnung und Ausgabe an die Patienten alle Maßnahmen beschrieben, die sicherstellen, dass eine Leitlinien konforme Medikation erfolgt und die Neben- und Wechselwirkungen berücksichtigt werden. Der Umgang mit Betäubungsmitteln folgt einer Verfahrensweisung.

### **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Die Beachtung der gesetzlichen Vorgaben im Bereich Blutprodukte wird durch Unterweisungen der Transfusionsverantwortlichen Ärzte sichergestellt. Niedergelegt sind der Umgang mit Blutprodukten und die Maßnahmen bei Zwischenfällen in Verfahrensweisungen und Standards. In einem Qualitätshandbuch sind alle Regelungen, von der Indikation bis zur Verabreichung zusammengestellt und die Verantwortlichen definiert. Die Dokumentation der verabreichten Produkte ist obligatorisch. Die sofortige Anlieferung der über die bevorrateten Mengen hinaus benötigten Blutprodukte ist über Verträge mit externen Laboren und dem Bayerischen Roten Kreuz gewährleistet.

### **Medizinprodukte**

Alle Handhabungen und Vorgehensweisen zum Thema Medizinprodukte sind in einem Handbuch verschriftet. Über Dienstanweisungen sind sowohl die Verantwortlichen als auch die Anwender von Geräten und sonstigen Medizinprodukten auf den professionellen Umgang und auf die Vorgehensweise bei Vorkommnissen verpflichtet. In den Anwenderpässen der Mitarbeiter sind die Einweisungen in die Geräte dokumentiert. Die Einweisung erfolgt stets durch den beauftragten Mitarbeiter, der über die Ersteinweisung verfügt. In Pflichtfortbildungen werden die Anwender unter Einbeziehung einer externen Firma regelmäßig geschult. Diese übernimmt in Arbeitsteilung mit der Technischen Abteilung auch das Reparaturwesen und die sicherheitstechnischen Kontrollen



## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### **Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie**

Das Krankenhausinformationssystem KIS ermöglicht den Mitarbeitern an beiden Standorten den Zugang zu Informationen, die sie zur Erledigung ihrer Aufgaben benötigen. So können beispielsweise alle Untersuchungsbefunde während des Behandlungsprozesses zeitnah gesehen und sicher bewertet werden. Ein EDV-Ausfallkonzept stellt die Nutzung sicher, ein Schulungskonzept bindet die Mitarbeiter in die Planung und Einführung neuer Tools ein.

### **Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten**

Die verpflichtenden Regelungen zur Erstellung, Führung und Archivierung von Patientenakten sind in Dienst- und Verfahrensanweisungen sowie Archivordnungen niedergelegt. Sie sind von Ärzten, Pflegekräften und Dokumentationsassistenten erarbeitet und häuserübergreifend gültig. Sie beschreiben, wer wann was in welchem Medium zu dokumentieren hat. Definiert sind auch die Zugriffsrechte auf Patientendaten sowohl in Papierform als auch zunehmend in digitalisierter Form. Durch die lückenlose Dokumentation des Behandlungsverlaufs können alle Berechtigten die Behandlungsergebnisse, Verordnungen und Maßnahmen nachvollziehen.

### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Während des Behandlungsprozesses begleitet die Patientenakte den Patienten, die beteiligten Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte haben so jederzeit Zugriff auf die Daten. Dies gilt auch für die Daten in digitalisierter Form, welche über die PC-Arbeitsplätze je nach Berechtigung eingesehen und bearbeitet werden können. Nach der Entlassung des Patienten werden die Daten entsprechend der Aufbewahrungs- und Speicherfristen archiviert oder gespeichert.

### **Information der Krankenhausleitung**

Für Vorstand und Leitungen ist, um über gesundheitspolitische und technische Veränderungen informiert zu sein, die Einbindung in externe Gremien und Verbände obligatorisch. Intern existiert ein umfassendes Berichtswesen über Statistiken und Kennzahlen, welche in regelmäßigen Leitungskonferenzen und Besprechungen thematisiert werden und in die weitere Planung einfließen. Die Protokolle sind zum Teil ins Intranet eingepflegt, die Informationsweitergabe über E-Mail-Verkehr erfolgt inzwischen selbstverständlich. Durch die überschaubare Größe der Kliniken arbeiten Mitarbeiter und Führungskräfte oft Tür an Tür und kommunizieren auf direktem Weg.

### **Informationsweitergabe (intern/extern)**

Wichtige Informationen aus Konferenzen und Arbeitsgruppen werden in Auszügen über Rundschreiben, Newsletter, Intranet und E-Mails kommuniziert. Die Informationsstruktur folgt dem Organigramm (AUSDRUCK). Einen großen Anteil an der Informationsweitergabe innerhalb der Kliniken haben die täglichen oder monatlichen Team- und Abteilungsbesprechungen. Zweimal jährlich werden für alle Mitarbeiter umfassende Informationen in den Personalversammlungen gegeben.

Auch die externe Kommunikation erfolgt strukturiert über Homepage, Flyer, Broschüren, Befragungen, Fachvorträge und Artikel in den Tageszeitungen.

### **Organisation und Service**

Die zentrale Anlaufstelle für direkten und telefonischen Erst-Kontakt ist in beiden Kliniken die Information. Die Mitarbeiter verfügen über Informationen der Fachabteilungen zu Sprechzeiten und diensthabenden Mitarbeitern, sie verfügen über interne und externe Telefonlisten, Brand- und Katastrophenordnungen und relevante Informationen zu Veranstaltungen im Haus.

Der Bedeutung der ersten Kontakt- und wichtigen Auskunftstelle ist durch Kommunikationsschulungen der Mitarbeiter Rechnung getragen worden.

### **Regelungen zum Datenschutz**

Die Vorgaben zum Datenschutz gründen auf dem Bayerischen Datenschutzgesetz und sind in einem häuserübergreifenden Konzept niedergeschrieben. In jährlichen innerbetrieblichen Fortbildungen informiert die Datenschutzbeauftragte über den Umgang mit sensiblen Patientendaten und berät die Mitarbeiter in unklaren Situationen. Eine Anpassung an die Erfordernisse der EDV-gestützten Datenverarbeitung findet in Abstimmung mit der IT-Abteilung und den dort vergebenen internen und externen Zugriffsrechten und Verschlüsselungstechniken statt.

## 5 Führung

### **Vision, Philosophie und Leitbild**

Beide Kliniken begannen vor etwa 15 Jahren ihre Leitbilder in berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppen zu entwerfen und führten sie im Rahmen der Fusion zu einem gemeinsamen Leitbild zusammen. Dieses gemeinsame Wertedach unterstützt die Umsetzung der Unternehmensphilosophie im täglichen Umgang mit Patienten, Mitarbeitern und allen anderen Interessenspartnern. Durch die kontinuierliche Überarbeitung bleiben diese Ideen in der Diskussion und bestätigen die Notwendigkeit eines gemeinsamen Orientierungsrahmens.

### **Durchführung vertrauensbildender und –fördernder Maßnahmen**

Ein Aspekt der Leitlinien bezieht sich auf die Führung und Entwicklung der Mitarbeiter, welche sich in den zentralen Begriffen Respekt und Verantwortung spiegelt. Ein Führungsgrundsatz lautet: „Führen ist Kommunikation“ und er zielt damit sowohl auf die Bedeutung der Weitergabe von Unternehmenszielen an die Mitarbeiter als auch der Weitergabe von Vorstellungen der Mitarbeiter an die Leitungen. Dazu werden alle verfügbaren Medien und Informationsveranstaltungen eingesetzt und im Rahmen von gemeinsamen Betriebsfesten auch auf informeller Ebene gefestigt.

### **Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse**

Die Ethikgruppen der beiden Kliniken beschäftigen sich systematisch mit ethischen Problemstellungen und veröffentlichen die Protokolle ihrer Sitzungen und die dort entwickelten Leitlinien im Intranet. Dabei werden aus dem Leitbild Themen wie „Menschenwürde“ oder „Selbstbestimmung“ aufgenommen und in Handlungsempfehlungen für den Umgang mit besonders belastenden Situationen übersetzt. Durch die Einbeziehung externer Kooperationspartner und Seelsorger fließen deren Erkenntnisse z. B. mit in die Handlungsleitlinien zum Thema Tod und Sterben ein, wobei immer breiteren Raum die Möglichkeiten zur palliativen Komplexbehandlung einnehmen. Die unterschiedlichen Rituale der Glaubensgemeinschaften werden thematisiert und berücksichtigt.

### **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung**

Die Leitungskonferenzen beider Standorte werden regelmäßig genutzt, um zeitgemäße Entwicklungsalternativen und Kooperationsmöglichkeiten auszuloten und in den gemeinsamen Führungskräfteworkshops zu vertiefen. Dabei fließen sowohl quantitative als auch qualitative Ziele in die Planungen ein, werden in Maßnahmen übersetzt (beispielsweise Erweiterung des Leistungsspektrums, Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten) und überprüft.

### **Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen**

Grundsätzlich streben die Wertachkliniken eine Verflechtung mit ambulanten Einrichtungen an, sofern sie mit den Zielen der Kliniken übereinstimmen und einen positiven Effekt auf die Patientenversorgung haben. So werden beispielsweise Kooperationen mit Konsiliar-/Belegärzten und anderen Kliniken eingegangen, Praxen angesiedelt und Verträge mit ambulanten Pflegediensten geschlossen.

Das Engagement im kulturellen Bereich wird durch halbjährlich wechselnde und kuratierte Ausstellungen und im sozialen Bereich durch die Ermöglichung von Praktika oder durch die Beteiligung an Projekten der Caritas gezeigt. Unterstützt durch die Fördervereine existiert ein regelmäßiges medizinisches Vortragsprogramm für Laien.

### **Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die in einem Organigramm dargestellte Organisationsstruktur wird in den Stellenbeschreibungen der Mitarbeiter aufgenommen und bei Strukturwandel wechselseitig angepasst. Einbezogen in die kontinuierlichen Anpassungsprozesse sind obligatorisch der Personalrat, die Personalabteilung und die Leitungen. Größere Personalentwicklungspläne werden im Rahmen von Projekten umgesetzt. Im Organigramm können sowohl das Leistungsspektrum als auch die Zugehörigkeiten (Ansprechpartner) und Kommunikationswege abgelesen werden.

### **Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

In den zentralen Führungsgremien beider Kliniken laufen alle Informationen aus anderen Abteilungssitzungen zusammen, sie sind aus den Leitungen aller Berufsgruppen zusammengesetzt. Hier werden Maßnahmen besprochen, Beschlüsse gefasst und deren Umsetzung anhand von Protokollen überprüft. Durch die Weitergabe der Ergebnisse in den Teambesprechungen auf Abteilungsebene wird eine zeitnahe Informationsweitergabe gewährleistet und ein Feedback der Mitarbeiter ermöglicht.

### **Innovation und Wissensmanagement**

In unseren modernen Kliniken ist das Thema Entwicklung ein selbstverständlicher Bestandteil der Planung und Strategie. Dazu werden alle internen (Intranet) und externen (Internet, Fachtagungen, Fachliteratur) Informationskanäle genutzt und Vorschläge von den Verantwortlichen in die Konferenzen eingebracht. Die Mitarbeiter werden über informelle Möglichkeiten der Kommunikation hinaus formell über das „innerbetriebliche Vorschlagswesen“ eingebunden. Gelernt wird aber auch in den Qualitätszirkeln, im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildungen und durch die Rückmeldungen der Patienten und sonstigen Interessenspartnern.

### **Externe Kommunikation**

Um die Wertachkliniken als Marke zu bestätigen und weiter auszubauen werden alle Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit genutzt. Sämtliche Maßnahmen werden in den Leitungskonferenzen abgestimmt und auf Geschäftsführungsebene umgesetzt bzw. delegiert. Neben der Pressearbeit, die stärker auf das Image zielt, spielt die Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten eine zentrale Rolle wenn es darum geht, die Erwartungen der Kollegen und ihrer Patienten zu erfüllen. Der gestiegenen Bedeutung von Internetauftritten, Flyern und Broschüren wird durch eine Professionalisierung dieser Gestaltungsaufgaben Rechnung getragen.

### **Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Zur frühzeitigen Erkennung von Risiken in finanzieller und medizinischer Hinsicht sind Kliniken gehalten, ein umfangreiches Risikomanagement nachzuweisen. Die wirtschaftliche Risikoeinschätzung wird über ein Kennzahlensystem zu den Themen Kapazität und Liquidität, die Zukunftsorientierung über die Themen Image und Öffentlichkeitsarbeit abgebildet.

Vor allem im Bereich der Patientensicherheit werden die Themen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit in die klinikinternen Standards eingearbeitet und eine Kultur der Fehlervermeidung und des Lernens gestärkt. Durch eine frühzeitige Erkennung von Risiken und eine regelgeleitete Bearbeitung von Beinahevorkommnissen (CIRS) wird die Idee der kontinuierlichen Verbesserung umgesetzt.

## 6 Qualitätsmanagement

### Organisation

Die systematische Planung und Umsetzung des Qualitätsmanagements begann bereits 1998 im Rahmen eines Projektes von fünf Verbundkliniken. Aus dem dort installierten Lenkungsausschuss gingen dann Beschlüsse für strukturbildende Maßnahmen und schließlich die Zertifizierungen für beide Kliniken hervor. Seitdem organisieren zwei Qualitätsmanagerinnen Projekte und Arbeitsgruppen, die Steuerung erfolgt über die Leitungsgremien. In die internen Schulungen der Mitarbeiter sind auch die Abschlussklassen der angegliederten Berufsschule eingebunden.

### Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Ausgehend von der Qualitätsphilosophie der kontinuierlichen Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen liegt der Focus der QM-Arbeit in der Prozessoptimierung. Dabei liegt der Schwerpunkt in der Definition und Beschreibung der Abläufe von der Aufnahme der Patienten bis zu ihrer Entlassung. In Form von Dienst- und Verfahrensanweisungen, Standards und Leitlinien ist die Prozessgestaltung für alle Beteiligten transparent. Neben dem KTQ-Modell zur Zertifizierung werden Aspekte aus anderen Modellen, wie z. B. dem EFQM- oder dem ISO-Modell eingesetzt und über Zertifizierungen, wie z. B. die zum Kompetenzzentrum für chirurgische Koloproktologie weiter an der Verbesserung aller angebotenen Leistungen gearbeitet.

### Patientenbefragung

Die Rückmeldungen der Patienten werden mittels eines Fragebogens erhoben und monatlich ausgewertet. Auf diese Weise kann schnell reagiert werden. Darüber hinaus gibt es temporär umfangreichere Befragungen, deren Ergebnisse dann ebenfalls in die Gestaltung der Prozesse und in die Aktualisierung der internen Fragebögen einfließen.

### Befragung externer Einrichtungen

Neben dem formellen und informellen Informationsaustausch mit allen Interessenspartnern ist die Kommunikation mit den einweisenden Ärzten von besonderer Bedeutung. Ihre Zufriedenheit mit den Leistungen wird deshalb regelmäßig von externen Firmen erhoben, die Ergebnisse in den Leitungsgremien besprochen und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Darüber hinaus suchen die Chef- und Oberärzte in Abständen ihre Kollegen in den Praxen auf und holen sich Rückmeldungen aus erster Hand.

### Mitarbeiterbefragung

Als wichtiges Steuerungsinstrument wird die Erhebung der Zufriedenheit der Mitarbeiter betrachtet. In Abständen werden externe Institutionen mit der Befragung der Mitarbeiter beauftragt. Die Ergebnisse fließen auch hier in die Besprechungen der Leitungsgremien ein und führen zu Verbesserungsvorschlägen. Transparent gemacht werden die Auswertungen für die Mitarbeiter im Rahmen von Informationsveranstaltungen und über das Intranet.

### **Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Neben der fortlaufenden Befragung der Patienten ist in den Kliniken ein Beschwerdemanagement eingerichtet. Über definierte Wege und Zeitziele werden die Beschwerden bearbeitet, Maßnahmen beschlossen und dem Beschwerdeführer geantwortet. Durch die Einbeziehung der Mitarbeiter und ihre Stellungnahmen können die Beschwerden aus mehreren Perspektiven analysiert und so sinnvolle Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden. So entsteht ein immer besseres Verständnis dafür, die Beschwerde als Anregung zu verstehen.

Als Königsweg gilt jedoch die schnelle Lösung des Problems, oder die Erfüllung eines Wunsches, in der direkten Kommunikation am Ort des Geschehens.

### **Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Neben den gesetzlich vorgegebenen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen erheben die Kliniken intern in einem kontinuierlichen Analyseprozess eine Reihe von qualitätsrelevanten Daten. Vor allem die ökonomischen und medizinischen Risikobereiche werden einer Prüfung unterzogen. So existieren z. B. betriebswirtschaftliche Kennzahlen, Hygienedaten, Daten zur Patientensicherheit, Statistiken zum Arbeitsschutz und zur Verabreichung von Blutprodukten.

Über das klinikinterne Berichtswesen dienen sie ebenfalls als Steuerungsinstrument für die Geschäftsführungsebene und als wichtige Information für die jeweiligen Bereiche.

### **Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. der externen Qualitätssicherung**

Die weitgehend institutionalisierte, EDV-gestützte Datenerhebung im Rahmen der gesetzlichen, externen Qualitätssicherung obliegt den beauftragten Oberärzten oder dem Pflegedienst. Die Beteiligungsrate steigert sich dabei kontinuierlich und liegt in den meisten Bereichen bei 100%. Die Komplikationsraten sind im bayernweiten Vergleich niedrig. Auffälligkeiten werden unterjährig besprochen, entsprechende Maßnahmen beschlossen.